



Sr. Amilivia González, Presidente y
Ponente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sr. Sobrini Lacruz, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 29 de diciembre de 2015, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxx1 y Dña xxx2 y D. xxx3*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 9 de diciembre de 2015 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxx1 y de Dña. xxx2 y D. xxx3, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, fallecido, D. vvvv, en el Complejo Asistencial de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 10 de diciembre de 2015, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 492/2015, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Amilivia González.

Primero.- El 17 de noviembre de 2014 Dña. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxx1 y de Dña. xxx2 y D. xxx3, presenta una reclamación



de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. vvvv, el 19 de noviembre de 2013 en el Complejo Asistencial de xxxx1. Alega que ni el paciente ni su familia recibieron información suficiente sobre los riesgos y complicaciones derivados de sus antecedentes médicos, inherentes a la cirugía a la que se sometió.

En su reclamación se pone de manifiesto la imposibilidad de analizar la corrección o no de la actuación sanitaria desarrollada, en cuanto al diagnóstico de la enfermedad, tratamiento quirúrgico, manejo y diagnóstico de las complicaciones y segundo procedimiento quirúrgico realizado, "dada la negativa del Hospital hhhh de xxxx1 a entregar la historia clínica completa de [paciente], a pesar de que han sido requeridos en diversas ocasiones".

Reclaman una indemnización total de 105.133,52 euros (86.018.34 euros para la viuda y 9.557,59 euros para cada uno de sus hijos).

Se adjunta a la reclamación el poder otorgado a la compareciente, el documento de consentimiento informado para la cirugía por cuyo déficit de información se reclama (suprarrenalectomía laparoscópica), informes médicos, los escritos en los que se requiere al hospital copia de la historia clínica y un informe médico-pericial.

La reclamación, presentada en el registro del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad el 20 de noviembre de 2014.

Segundo.- Obra en el expediente la historia clínica del fallecido y los siguientes informes profesionales:

- Informe del Servicio de Urología de 12 de diciembre de 2014.
- Informes del Jefe de Sección de Cirugía de 18 de diciembre de 2014 y 9 de febrero de 2015.
- Informe de la Inspección Médica de 6 de marzo de 2015, desfavorable a la reclamación.



- Informe médico-pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración el 19 de mayo de 2015, en el que se concluye que las actuaciones diagnósticas y terapéuticas fueron correctas.

- Escrito del Jefe del Servicio de Inspección de 20 de agosto de 2015, en el que se comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxx1 que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad ha considerado "que, inicialmente, no procede acceder a la solicitud indemnizatoria planteada en la reclamación".

Figura asimismo un escrito del Jefe del Servicio de Inspección, de 16 de junio de 2015, en el que solicita "el vídeo de la laparoscopia realizada el 30 de octubre de 2013 que cita el Dr. zzzz en su informe y de la reintervención del día siguiente si la hubiere"; un informe del referido facultativo (Jefe de Sección de Cirugía), fechado el 23 de marzo de 2015 (sic), en el que manifiesta que realizó una grabación que visualizó posteriormente, "antes de saber que se interpondría una reclamación, y no apreci[ó] ninguna lesión intraoperatoria", pero que no dispone de ninguna grabación del último trimestre de 2013; y un informe de la Directora Médico del Complejo Asistencial de xxxx1, de 14 de julio de 2015, en el que se señala que las historias clínicas del Complejo Asistencial de xxxx1 no disponen de una aplicación electrónica para almacenar imágenes de vídeos grabados durante las intervenciones laparoscópicas de los pacientes, que el Servicio de Cirugía tampoco dispone de un equipo de grabación y archivo de las intervenciones laparoscópicas realizadas a los pacientes y que, al tratarse de grabaciones con una finalidad docente, no existe un procedimiento para archivarlas de forma segura y no es infrecuente que se pierda esa información, como ha ocurrido en este caso.

Tercero.- En el trámite de audiencia los reclamantes afirman que el consentimiento era deficiente, según se desprende de los informes médicos, y reiteran su pretensión resarcitoria.

Cuarto.- El 5 de octubre de 2015 la Inspección Médica, a la vista de las alegaciones presentadas, se ratifica en el contenido de su anterior informe.

Quinto.- El 20 de octubre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.



Sexto.- El 19 de noviembre de 2015 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la reclamación tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad (20 de noviembre de 2014) hasta que se formula la propuesta de orden (20 de octubre de 2015); lo que constituye un incumplimiento de los plazos previstos en el artículo 13.3 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, y por tanto una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.



3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea



consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico– cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar



automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, los interesados reclaman daños y perjuicios por el fallecimiento de D. vvvv, al considerar que la información, contenida en el documento de consentimiento informado, no recoge los antecedentes quirúrgicos personales del paciente que agravaban los riesgos de la operación.

En relación con la alegación relativa a la ausencia de documentación de la historia clínica, ha de advertirse que este Consejo solo puede pronunciarse sobre la documentación obrante en el expediente remitido, por lo que, al no haber identificado con suficiente precisión los reclamantes la documentación que consideran omitida, este Consejo Consultivo dictamina en este caso sobre la documentación enviada.

Consta -y así lo reconocen los informes médicos- que el paciente falleció a consecuencia de las complicaciones surgidas tras la intervención practicada el 30 de septiembre de 2013 e inherentes a ella, sin que, según se infiere de los mencionados informes, haya concurrido mala *praxis* médica en la elección de la técnica ni en su desarrollo, pese a las alegaciones de los reclamantes sobre la idoneidad y corrección de la técnica empleada.

La cuestión fundamental se ciñe, pues, a la valoración de la suficiencia de la información suministrada al paciente antes de la cirugía.



Con carácter previo, ha de recordarse la consolidada doctrina que sobre el derecho del paciente a ser informado y sobre el consentimiento informado ha expuesto este Consejo en numerosos dictámenes.

El artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ya reconocía el derecho del paciente a recibir, en términos comprensibles, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, que incluye diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (apartado 5), así como la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención (apartado 6), con las excepciones previstas legalmente.

Actualmente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en nuestra Comunidad la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y obligaciones en relación con la salud, han venido a concretar los límites precisos del derecho a la información del paciente (y la correlativa obligación por parte de la Administración sanitaria) y acentúan la necesidad de su constancia por escrito para determinados supuestos.

Como indica el artículo 2.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el previo consentimiento se requiere, con carácter general, para toda actuación en el ámbito de la sanidad; consentimiento que, como indica dicho precepto, debe obtenerse después de recibir una información adecuada, sin que esta expresión deba entenderse en el sentido de información completa. Y ello porque, como señaló el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de noviembre de 2004 (fallo recogido por este Consejo Consultivo en varios dictámenes), "la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario (...)".



El derecho a conocer toda la información disponible con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud se recoge en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre; información que, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica. Correlativamente, el artículo 8.2 establece que el consentimiento será verbal por regla general y debe prestarse por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El apartado 3 de este precepto indica, por su parte, que el consentimiento escrito del paciente tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

En el mismo sentido, el artículo 17 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, prevé que "La información, con el fin de ayudar a cada persona a tomar decisiones sobre su propia salud, será veraz, razonable y suficiente, estará referida al diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, y comprenderá la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención" (apartado 1); y que "Como regla general la información se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, siendo obligado entregarla en forma escrita en los supuestos exigidos por la normativa aplicable" (apartado 3).

El artículo 10.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, preceptúa que, antes de recabar el consentimiento escrito del paciente, el facultativo le proporcionará la información básica siguiente: las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y las contraindicaciones. No obstante, su párrafo segundo añade que "el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente". La Ley 8/2003, de 8 de abril, describe en su artículo 34 el contenido que debe tener el documento de consentimiento informado.

Esta regulación ha venido a consagrar la doctrina del Tribunal Supremo, recogida en la mencionada Sentencia de 26 de noviembre de 2004, según la cual "la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito.



Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información. Es bien sabido que el principio general de la carga de la prueba sufre una notable excepción en los casos en que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por la Administración. Por otra parte, no es exigible a la parte recurrente la justificación de no haberse producido la información, dado el carácter negativo de este hecho, cuya prueba supondría para ella una grave dificultad”.

El artículo 10 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, obliga a que la información sea facilitada por el facultativo al paciente con carácter previo al otorgamiento del consentimiento. El artículo 33 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, obliga en su apartado 1 a recabar el consentimiento informado “por escrito del paciente, o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, procedimientos sanitarios que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente o del feto, si fuera el caso de una mujer embarazada”.

La exigencia de que conste por escrito la información suministrada debe cohonestarse con el principio que contiene en este punto la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, cual es el derecho de los pacientes a obtener, con carácter previo a las actuaciones sanitarias, la información adecuada que les permita decidir entre las opciones clínicas disponibles. Cabe entender, por tanto, que la constancia por escrito de la información suministrada tiene por objeto no sólo acreditar el contenido de la información facilitada, sino también que ésta ha sido efectivamente proporcionada al paciente, garantizando así su derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles (artículo 2.3 de dicha Ley).



Finalmente, cabe recordar que el artículo 34 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, exige que el documento de consentimiento informado sea “específico para cada supuesto, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general” y que dicho documento “debe contener como mínimo: (...) Identificación y descripción del procedimiento, finalidad, naturaleza, alternativas existentes, contraindicaciones, consecuencias relevantes o de importancia que deriven con seguridad de su realización y de su no realización, riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente y riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención”.

De las exigencias previstas por la legislación cabe concluir que la firma de los documentos de consentimiento informado no es un mero formulismo carente de sentido, sino que tiene como finalidad acreditar el paciente ha sido debidamente informado y que ha tenido la posibilidad de ejercer su derecho a decidir libremente, después de recibir tal información, entre las opciones clínicas disponibles.

En el supuesto analizado, el paciente firmó el documento de consentimiento informado el 30 de septiembre de 2013, es decir, un mes antes de la intervención quirúrgica a la que se sometió, en la consulta del Servicio de Cirugía, consulta en la que se realizó una completa anamnesis del paciente y se dejó constancia de las cirugías previas que se le habían practicado. En el documento de consentimiento informado constan como riesgos generales las complicaciones abdominales, que puede precisar reintervención “con resultados imprevisibles que pueden llegar a la muerte”, y como circunstancias personales que pueden agravar el riesgo la diabetes, la obesidad y la coagulopatía (éstas resaltadas manualmente con un círculo).

La Inspección Médica y el informe pericial de la aseguradora de la Administración, si bien advierten deficiencias en el contenido en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente, también precisan que las complicaciones sufridas por el paciente, que desembocaron finalmente en el fallecimiento, sí están previstas en tal documento. La Inspección Médica señala que es “mejorable” la información de riesgos personales del paciente recogida en el documento, ya que, aunque se prevén las complicaciones abdominales, afirma que “se podría haber hecho constar las cirugías previas de abdomen” o, al no figuran por escrito, haber dejado constancia en la historia clínica de la



información suministrada de forma verbal al paciente. Pese a ello, considera que “dada la anamnesis completa que hay en la historia, podría pensarse que se puso de manifiesto”.

Por otra parte, en cuanto a la ausencia de información sobre las alternativas de tratamiento, el informe pericial de la aseguradora asevera que no se ofrecieron ya que “no existen otras alternativas terapéuticas para esta patología. La única alternativa adicional es la abstención terapéutica (no tratar una patología potencialmente maligna). La radiofrecuencia de la glándula adrenal, aunque está descrita en la literatura, no es una práctica extendida en España debido a la complejidad de la técnica”.

Es cierto que no figuran en el documento de consentimiento informado, como riesgo personalizado, las previas cirugías del paciente y que no hay constancia en la historia clínica de que el médico en la consulta del Servicio de Cirugía haya suministrado información al paciente sobre la operación y sobre aquellas circunstancias agravantes. Sin embargo, no cabe obviar que en la consulta del Servicio de Cirugía en la que se entregó y firmó el documento de consentimiento informado se realizó una completa anamnesis del paciente y se dejaron anotados en la historia clínica relativa a esa consulta esos antecedentes quirúrgicos; y tampoco es baladí que manualmente se remarcaron en aquel documento circunstancias personales del paciente que agravaban los riesgos de la cirugía (diabetes, obesidad y la coagulopatía). Estas circunstancias permiten colegir que pudo existir un trámite de información al paciente, puesto que, en caso contrario, sería difícilmente comprensible por qué en tal consulta se remarcaron solo esos riesgos y no las previas cirugías del paciente –a pesar de haberlas constatado el médico en la misma consulta-, en presencia del paciente, de su mujer y de otro familiar (así lo afirma el cirujano, que cita a una enfermera como testigo de ello).

Al tratarse, pues, de una cuestión eminentemente probatoria, los indicios probatorios que figuran en el expediente permiten considerar razonablemente que pudo haberse informado debidamente al paciente sobre los riesgos y las circunstancias agravantes de estos relativos a la cirugía a la que se iba a someter. Y ello excluiría la mala *praxis* alegada por déficit de información.

En conclusión, al no apreciarse mala *praxis* médica en la elección y desarrollo del tratamiento quirúrgico y en las actuaciones sanitarias posteriores,



y al considerarse que la información suministrada fue adecuada, la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxx1 y de Dña. xxx2 y D. xxx3, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, fallecido, D. vvvv, en el Complejo Asistencial de xxxx1.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.